

ЗДОРОВАЯ МАТЬ – ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

УДК 616.62-008.22-055.2:618.173

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИМПЕРАТИВНОЙ ФОРМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Арестова И.М., Киселева Н.И., Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Прусакова О.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Согласно литературным данным, недержание мочи отмечают примерно 24% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и более 50% женщин в возрасте после 60 лет. При этом, только незначительная часть женщин, страдающих этим заболеванием, обращается за помощью к врачу. В последнее время проблеме нарушений мочеиспускания уделяется пристальное внимание. Это связано с выраженным отрицательным влиянием данной патологии на качество жизни женщин, приводящим к снижению социальной активности, депрессиям, неврозам, сексуальным расстройствам [1].

Наиболее распространенной и сложной в плане лечения является императивная (ургентная) форма недержания мочи, которая является частью синдрома, называемого «гиперактивный мочевой пузырь» (ГАМП). Достоверно установлено, что в основе развития ГАМП лежат нейрогенные и не нейрогенные факторы. Нейрогенные нарушения происходят на уровне супраспинальных центров нервной системы и проводящих путей спинного мозга, а не нейрогенные нарушения – вследствие возрастных изменений детрузора, инфравезикальной обструкции и анатомических изменений положения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. В настоящее время выделяют 3 основные теории развития ГАМП – нейрогенную, миогенную, уротелиальную. Изменение чувствительности и взаимодействия уротелия и миоцитов вызывают аномальные сокращения детрузора. В уротелии и в мышце мочевого пузыря (детрузоре) содержится большое количество холинорецепторов (подтипы M2 и M3). M2-рецепторы подавляют симпатическую стимуляцию и способствуют релаксации детрузора, M3-рецепторы стимулируют сократительную деятельность детрузора. Риск возникновения ургентного недержания мочи в половине случаев увеличивают инфекции мочевых путей и гормональный дисбаланс, обусловленный гипоестрогенным состоянием и урогенитальной атрофией у женщин в пери- и постменопаузе [1, 2]. При этом распространенность данного симптомокомплекса зависит от длительности постменопаузы и увеличивается с 15,5% при постменопаузе до 5 лет до 71,4% при длительности постменопаузы более 20 лет.

Фармакотерапия – один из первых и самых распространенных методов лечения гиперактивного мочевого пузыря и обусловленного им ургентного недержания мочи. Ее цель – устранение ведущих симптомов, что непосредственно связано с улучшением уродинамических показателей: снижением активности детрузора, увеличением функциональной ёмкости мочевого пузыря. От правильности выбора препарата зависит эффективность лечения, которая выражается не только в клиническом улучшении на фоне терапии, но и в длительности последующей ремиссии [3]. Требования к препаратам для фармакологической коррекции: селективность воздействия на мочевой пузырь; хорошая переносимость; возможность длительной терапии.

Одним из современных и эффективных препаратов, применяемых для лечения ГАМП, является солифенацин – специфический конкурентный ингибитор мускариновых рецепторов (преимущественно M3). Высокая селективность солифенацина обуславливает возможность его длительного применения при минимальном количестве побочных эффектов. Используемые дозировки – по 5 мг/сут, а при необходимости с целью повышения эффективности препарата дозу можно повысить до 10 мг 1 раз в сутки.

Учитывая, что дефицит женских половых гормонов является одним из основополагающих этиологических факторов в развитии императивных нарушений мочеиспускания у женщин в пери- и постменопаузе, целесообразно применение локальных форм заместительной гормонотерапии (ЗГТ). В настоящее время препаратами локальной ЗГТ в нашей стране является эстринорм,

вагестрол в форме свечей, содержащий естественный эстроген эстриол в качестве активного вещества. При локальном использовании эстриола в терапевтических дозах системные побочные эффекты не развиваются. Эстриол улучшает кровообращение, трофику мочевых путей, пролиферацию клеток уротелия, увеличивает содержание α -адренорецепторов в уретре и мочевом пузыре и снижает чувствительность холинорецепторов [2, 3].

Цель работы. Провести оценку эффективности комбинированной терапии солифенацином с локальной заместительной гормональной терапией (Везификс и Вагестрол в форме вагинальных суппозиториях) у женщин с ГАМП в пери- и постменопаузе.

Материал и методы. За период 2018–2020 годов пролечено 59 женщин с ГАМП в пери- и постменопаузе. Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 11,5$ года. Все женщины были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 женщин (основная группа) с ГАМП, получавшие комбинированную терапию - везификс в дозе 5-10 мг в сутки и Вагестрол в форме вагинальных суппозиториях (500 мкг эстриола) – 1 суппозиторий в сутки ежедневно в течение первых недель, с последующим постепенным снижением дозы в зависимости от облегчения симптомов, до достижения поддерживающей дозы (1 суппозиторий 2 раза в неделю). Курс лечения составил 3-4 месяца. Во 2-ю (контрольную группу) вошло 29 женщин, получавших терапию везификсом в указанной дозировке. Диагноз ГАМП у всех пациенток был подтвержден комплексным уродинамическим исследованием.

Перед началом терапии всем пациенткам проводилось анкетирование, заполнение дневников мочеиспусканий, а также оценивалась степень атрофии урогенитального тракта. Полученные данные были обработаны с помощью пакета Microsoft Excel для Windows 7.0.

Результаты и обсуждение. Контрольные обследования, включающие заполнение дневников мочеиспусканий, анкетирование, определение функциональных проб, комплексное уродинамическое исследование, оценку степени атрофии урогенитального тракта, проводились через 3, 6 и 12 месяцев от начала терапии. При анализе эффективности медикаментозного лечения в течение 3-х месяцев мы учитывали субъективную оценку симптомов пациенток по общепринятой балльной шкале: 0 - отсутствие эффекта или ухудшение состояния; 1 – минимальные изменения без чувства удовлетворения; 2 – значительное улучшение состояния, при этом остаются редкие эпизоды недержания мочи, возникающие при сильном позыве; 3 – полное исчезновение поллакиурии и непроизвольных потерь мочи. Результат, оцененный больными от 0-1 баллов, рассматривался как отрицательный, от 2-3 – как положительный. Анкетирование показало, что 69,6% пациенток контрольной группы оценили результат лечения как положительный (2-3 балла). В основной группе процент положительных результатов был выше и составил – 86,3%. Суточный ритм мочеиспусканий по дневникам у пациенток 1-й группы после лечения составил от 4 до 9 раз (в среднем – 7 раз); 2-й группы – от 7 до 15 раз (в среднем – 11 раз); По данным комплексных уродинамических исследований: у 77% пациенток 1-й группы и 65% 2-й отмечалось увеличение функционального и максимального объемов мочевого пузыря. Важным моментом при оценке эффективности терапии является длительность ремиссии после отмены фармакотерапии. Во 1-й группе рецидив заболевания через 6 месяцев отмечался у 6 пациенток (20%), через 12 месяцев – у 9 (30%); во 2-й группе возобновление симптомов заболевания (частые позывы на мочеиспускание, недержание мочи при позыве) отмечали 11 пациенток (37,9%), через 12 месяцев наблюдения – 18 (62,1%).

Выводы.

1. Солифенацина сукцинат – наиболее селективный специфический конкурентный ингибитор мускариновых рецепторов, что обуславливает возможность его длительного применения при минимальном количестве побочных эффектов. Используемые дозировки – по 5 мг/сут, а при необходимости с целью повышения эффективности препарата дозу можно повысить до 10 мг 1 раз в сутки.

2. Начальная доза локальных эстрогенов в составе комбинированной терапии императивной формы недержания мочи подбирается индивидуально в зависимости от степени выраженности урогенитальной атрофии, но поддерживающие дозы ЗГТ (500 мкг эстриола 2 раза в неделю) следует назначать на длительный промежуток времени для достижения стойкого терапевтического эффекта.

3. Дополнительное назначение локальных форм заместительной гормонотерапии женщинам в пери- и постменопаузе с ГАМП значительно повышает эффективность лечения и увеличивает период последующей ремиссии.

Литература:

1. Кулаков, В.И. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении / В.И. Кулаков, И.А. Аполихина // Гинекология. – 2004. – Т. 4, № 3. – С. 103–105.

2. Петрова, В.Д. Недержание мочи у женщин (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение) : дис. ... д-ра мед. наук / В.Д. Петрова. – М., 2005.

3. Юренева, С.В. Диагностика и терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у пациенток в пери- и постменопаузе (краткие клинические рекомендации) / С.В. Юренева, Е.И. Ермакова, А.В. Глазунова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5.

УДК 618.3:616-08

ОПЫТ ЗАВЕРШЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ

*Арестова И.М., Киселева Н.И., Жукова Н.П., Дейкало Н.С., Сержантов Д.Ю.,
Лебедева Т.Н., Бусенко А.И., Семенова В.Г.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Ежегодно доля самопроизвольных абортов составляет 15-20 % всех желанных беременностей. В структуре самопроизвольных выкидышей на ранних сроках значительное место занимает неразвивающаяся беременность, достигая 45-88,6 % всех эпизодов потери плода. Примерно у половины пациенток со спонтанным прекращением гестации выявляется неразвивающаяся беременность. Таким образом, из числа диагностированных желанных беременностей каждая пятая завершается самопроизвольным абортом или останавливается в развитии («замирает») примерно в равной пропорции. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающихся беременностей (до 80%) приходится на I триместр гестации [1]. Особого внимания заслуживает тот факт, что возрастает количество замерших беременностей у первобеременных женщин, что делает особенно актуальным выбор щадящего метода опорожнения матки. Плодное яйцо погибает чаще на ранних сроках (в I триместре) и может долго находиться в полости матки из-за нарушения её сократительной способности. Длительная задержка погибшего плодного яйца в матке может привести к инфицированию матки, нарушению свертывающей системы крови и в ряде случаев может явиться причиной материнской смертности [4].

До настоящего времени общепринятым методом был кюретаж, ведущий к травматизации нервно-мышечного аппарата матки, развитию истмико-цервикальной недостаточности, инфицированию эндометрия и повышению риска невынашивания беременности в дальнейшем. Таким образом, одним из важных направлений решения проблемы неразвивающейся беременности является поиск безопасных путей прерывания беременности и отказ от устаревших технологий (дилатации шейки матки и кюретажа).

В последние годы наряду с хирургическим прерыванием беременности и мини-абортом во многих странах мира все большее число женщин прибегают к медикаментозному аборту с использованием антипрогестинов. Применение мифепристона в комбинации с аналогом простагландина мизопростолом с целью прерывания беременности, включая замершую, одобрено и рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения к использованию в амбулаторных условиях [2, 3].

С учетом вышеперечисленного нами проведено исследование, **целью которого явилась** оценка эффективности и безопасности медикаментозного метода завершения замершей беременности при сроках от 4-5 до 21-й недель.

Материал и методы. Материалом исследования послужили истории болезней 157 пациенток в возрасте от 20 до 37 лет, поступивших в гинекологическое отделение Витебского